

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Mateo Torres, Maria M.	134714	6/29/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Mateo Torres, Maria M.	134714	6/29/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

Formulario
Form 499R-2W-2 PR
Rev. 05-04

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name MARIA		3. Num. Seguro Social Social Security No.	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s) MATEO TORRES		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single Married	8. Sueldos - Wages 29,505.46	9. Comisiones - Commissions 0.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628		5. Num. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 29,505.46
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Num. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 427.83	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 29,505.46	12. Total=8+9+10+11 29,505.46	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
Fecha de Cese de Operaciones Cessae of Operations Date		13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00			
Número de Control - Control Number 39190201		14. Cont. Retenido - Tax Withheld 1,602.04			
		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 2,462.52			
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Corte aquí

Formulario
Form 499R-2W-2 PR
Rev. 05/05

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name MARIA		3. Num. Seguro Social Social Security No.	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s) MATEO TORRES		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single Married	7. Sueldos - Wages 31639.45	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages	0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address EC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628		5. Num. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld	0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 31639.45	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2005 Year:	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld	458.77
Fecha de Cese de Operaciones Cess of Operations Date			11. Total 31639.45	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips	0.00
Número de Control - Control Number 50613439			12. Gastos Reembalsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips	0.00
			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1830.58	23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips	0.00
			14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2597.52		
			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		
			16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00		

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 09/06

FORMA LARGA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie												
Liquidador	Revisor	2006	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL <u>1 de Enero de 2006</u> Y TERMINADO EL <u>31 de Dic de 2006</u>	2006												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>G</td><td>RO</td><td>V1</td><td>V2</td><td>P1</td><td>P2</td><td>N</td><td>D</td><td>E</td><td>A</td><td>M</td> </tr> </table>		G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D	E	A	M				
G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D	E	A	M						
Nombre del Contribuyente		Apellido Paterno		Apellido Materno												
Marta		MATEO		TORRES												
Dirección Postal		Número de Seguro Social Contribuyente														
A.C. 02. 304 6045																
Código Postal		Fecha de Nacimiento		Sexo												
00769				<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F												
Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí		Número de Seguro Social Cónyuge														
		Fecha de Nacimiento del Cónyuge														
Nombre e Inicial del Cónyuge		Día Mes Año		Teléfono Residencia												
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		Teléfono del Trabajo														
Código Postal		CAMBIO DE DIRECCION		<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No												
Correo Electrónico (E-Mail)		Número de Pasaporto		Impone												

<p>SI NO</p> <p>A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos?</p> <p>B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?</p> <p>C. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?</p> <p>D. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?</p> <p>E. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)</p> <p>F. <input checked="" type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?</p> <p>FUENTE DE MAYOR INGRESO:</p> <p>G. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</p> <p>H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal</p> <p>I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada</p> <p>Su ocupación <u>MAESTRA</u> Ocupación cónyuge</p>	<p>ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:</p> <p>1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta</p> <p>2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)</p> <p>3. <input checked="" type="radio"/> Jefe de familia (No para casados)</p> <p>4. <input type="radio"/> Soltero</p> <p>5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)</p> <p>J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado</p> <p>K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)</p>
---	--

<p>CONTRATO GOBIERNO</p> <p><input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE</p> <p>PLANILLA 2007</p> <p><input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES</p>	<p>Sello de Recibido</p> <p>1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas</p> <p>00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 489R-2/W-2PR, 489R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).</p> <p>01 Total de comprobantes con esta planilla <u>1</u></p>
---	--

<p>C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) <u>1889</u></p>	<p>A-Contribución Retenida</p> <p><u>1889</u></p>	<p>B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas</p> <p><u>31,933</u></p>
--	--	--

<p>2. Otros Ingresos (o Pérdidas):</p> <p>A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) (03)</p> <p>B) Participación distributable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) (04)</p> <p>C) Participación distributable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) (05)</p> <p>D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, líneas 1A a la 1C, según aplique) (06)</p> <p>E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3D) (07)</p> <p>F) Participación distributable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) (08)</p> <p>G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1E) (09)</p> <p>H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) (10)</p> <p>I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) (11)</p> <p>J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (12)</p> <p>K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (13)</p> <p>L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14) (15)</p> <p>M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) (16)</p> <p>N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) (17)</p> <p>O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) (18)</p> <p>P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo) (19)</p> <p>Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo) (20)</p> <p>R) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1) (21)</p>	<p>Contribución Retenida</p> <p><u>1889</u></p>	<p>Salarios Federales</p> <p><u>31,933</u></p>
---	--	---

<p>3. Total Ingreso Bruto (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2R) (22)</p> <p>4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe:) (23) (Núm. sentencia) (24) (25)</p> <p>5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4) (30)</p>	<p><u>31,933</u></p>	<p><u>31,933</u></p>
--	----------------------	----------------------

Periodo de Conservación: Diez (10) años

Formulario 482 - Rev. 11.08

FORMA LARGA

Liquidador		Revisor	
G	R	O	V
V	2	P	1
P	2	N	1
D	1	D	2
E	A	M	

☐ PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FLJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

2008 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO **2008**
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS
AÑO CONTRIBUTIVO 2008 O AÑO COMENZADO EL
1 de enero de 08 TERMINADO EL 31 de dic de 08

101555 S1788 P1 *****5-DIGIT 00769
MATEO TORRES, MARIA
HC 2 BOX 6045
COAMO PR 00769
LE

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Código Postal

Correo Electrónico (E-Mail)

Encasillado 1

- SI NO**
- A. ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- B. ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- C. ☐ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- D. ☐ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- E. ☐ ¿Otros Ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)
- F. ☐ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

- FUENTE DE MAYOR INGRESO:**
- G. ☐ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
- H. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- I. ☐ Empleado de Empresa Privada
- Su ocupación Maestra Ocupación cónyuge

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)
3. ☐ Jefe de familia (No para casados)
4. ☐ Soltero
5. ☐ Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)

- J. ☐ Retirado/Pensionado
- K. ☐ Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)

CONTRATO GOBIERNO

- ☐ CONTRIBUYENTE ☐ CONYUGE

PLANILLA 2009

- ☒ ESPAÑOL ☐ INGLES

☐ Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individuo.

Sello de Recibido

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

☒ SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

☒ Total de comprobantes con esta planilla .. 01

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)(01)

A-Contribución Retenida

1273	00
	00
	00
	00
	00

1,273 00

Contribución Retenida

00

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

32,506	00
	00
	00
	00
	00

32,506 00

Salarios Federales

00

Encasillado 2

2. Otros Ingresos (o Pérdidas):

- A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) (33)
- B) Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) (04)
- C) Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) (05)
- D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A) (06)
- E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B) (07)
- F) Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) (08)
- G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D) (09)
- H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) (10)
- I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) (11)
- J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (12)
- K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (13)
- L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14) (15)
- M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) (16)
- N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) (17)
- O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) (18)
- P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo) (19)
- Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo D Individuo) (20)
- R) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo) (21)
- S) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1) (22)
3. Total Ingreso Bruto (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2S) (23) 32,506 00
4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe:) (24) (Núm. sentencia) (25) 32,506 00
5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4) (30)

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Avenida Teniente Cesar Gonzalez,
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Exhibit Page 7 of 16

Grupo de Pago: SM -Quincenal
Desde: 06/15/2009
Hasta: 06/26/2009

Aviso #: 512694
Fecha Aviso: 06/30/2009

MARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628

Empleado:
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Lugar: Susana Rivera
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$2,705.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Married Married claiming 1/2
Concesiones: 0 3
Pct. Adel.:
Cant. Adel.:

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion		Corriente		Acumulado		Descripcion		Acum
Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos		Corriente		
Pago de Salarios Regulares		1,352.50	732.00	16,230.00		Fed FICA Med Hospital Ins / EE	19.61	2
Licencia Enfermedad en Exceso		0.00		17.48		PR Withholding	51.83	6
Total:		1,352.50	732.00	16,247.48		Total:	71.44	
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acum
GPR Plan de Retiro de Maestro	121.73	1,460.76	RM-Pres Cult- Ret Maestros	50.49	605.88	SM-First Medical Health Plan	120.00	7
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mac	263.62	3,163.44	GPR Plan de Retiro de Maestro	114.96	12
			AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	144.03	1,728.36	FSED Disability Plan	22.99	7
			SM-First Medical Health Plan	127.50	1,530.00			
			CO-COOP MAESTRO PR	5.00	40.00			
			SC-TRANS OCEANIC LIFE	26.10	313.20			
			AS-ASOC MAESTROS DE P.R.	8.50	102.00			
			Ahorros-AEELA	40.58	486.96			
Total:		121.73	1,460.76	Total:	665.82	7,969.84	* Tributable	
TOTAL BRUTO		BRUTO TRIBUT. FED		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGOS
Corriente:	1,352.50	0.00		71.44		787.55		4
Acumulado:	16,247.48	0.00		858.95		9,430.60		5
BALANCE		ACUMULADO		DISTRIBUCION DE PAGOS		DISTRIBUCION DE PAGOS		
Balance Inicial:	0.0					Aviso #5126944		
+ Ganada:						Total:		
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0							

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
06/30/2009

Aviso N
512694

Cant. Deposito: \$493.51

A la
Cuenta(s) De

MARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628

Localizacion: Susana Rivera

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Dep
Checking	072109688	\$
Total:		\$

NO-NEGOCIABLE

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Avenida Teniente Cesar Gonzalez
HATO REY, PR 00919

Esquina Calaf

Exhibit Page 8 of 16

Grupo de Pago: SM-Quincenal

Desde: 02/19/2010

Hasta: 03/04/2010

Aviso #: 9453105

Fecha Aviso: 02/26/20

MARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628# Empleado:
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Lugar: Susana Rivera
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$2,705.00 MonthlyDATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Married Married claiming 1/2
Concesiones: 0 3
Pct. Adcl.:
Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
		Corriente		Acumulado				
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			1,352.50	240.00	5,410.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	19.62	78.00
						PR Withholding	51.83	207.00
Total:			1,352.50	240.00	5,410.00	Total:	71.45	285.00
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			DEDUCCIONES PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	121.73	486.92	RM-Pres Cult- Ret Maestros	50.49	201.96	SM-First Medical Health Plan	120.00	240.00
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	263.62	1,054.48	GPR Plan de Retiro de Maestro	114.96	459.00
			AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	158.17	632.68	FSED Disability Plan	22.99	91.00
			SM-First Medical Health Plan	127.50	510.00			
			CO-COOP MAESTRO PR	5.00	20.00			
			SC-TRANS OCEANIC LIFE	26.10	104.40			
			AS-ASOC MAESTROS DE P.R.	8.50	34.00			
			Ahorros-AEELA	40.58	162.32			
Total:	121.73	486.92	Total:	679.96	2,719.84	* Tributable		
TOTAL BRUTO			RUBRO TRIBUT. FED			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	1,352.50			0.00			801.69	479.00
Acumulado:	5,410.00			0.00			3,206.76	1,911.00
NETO HORAS			DISTRIBUCION PAGA NETA					
Balance Inicial:	0.0					Aviso #9453109		479.00
+ Ganada:						Total:		479.00
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0							

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919Fecha
02/26/2010Aviso No
9453109

Cant. Deposito: \$479.36

A la
Cuenta(s) DeMARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628

Localizacion: Susana Rivera

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Depo
Checking	072109688	\$479.36
Total:		\$479.36

NO-NEGOCIABLE

Formulario 481 Rev. 27 oct 11

FORMA CORTA		PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FUJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie 1998103	
Liquidador	Revisor	2011	GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2011		
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL					
1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011					
Nombre del Contribuyente: MARIA		Apellido Paterno: MATEO		Apellido Materno: TORRES	
Dirección Postal: HC 2 Box 6045		Número de Seguro Social Contribuyente		Fecha de Nacimiento	
Coamo PR Código Postal 00769-0000		Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F		Número de Seguro Social Cónyuge	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): HC 2 Box 6045		Teléfono Residencia: 7870000000		Teléfono del Trabajo	
Coamo PR Código Postal 00769-0000		CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
Correo Electrónico (E-Mail): PLANILLASGABBY@YAHOO.COM					
Cuestionario	<p>SI NO</p> <p>A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos?</p> <p>B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?</p> <p>C. <input type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anexo IE Individuo)</p> <p>D. FUENTE DE MAYOR INGRESO:</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</p> <p>2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal</p> <p>3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada</p> <p>4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado</p> <p>Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge:</p>				
	<p>E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:</p> <p>1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anexo CO Individuo)</p> <p>2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)</p> <p>3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)</p>				
Reintegro	<p>PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.</p> <p>1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C)</p> <p>A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan</p> <p>B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico</p> <p>C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito)</p>				
	<p>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14)</p> <p>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</p> <p>(b) Intereses</p> <p>(c) Recargos 0 y Penalizaciones 0</p> <p>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))</p>				
Pago	<p>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14)</p> <p>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</p> <p>(b) Intereses</p> <p>(c) Recargos 0 y Penalizaciones 0</p> <p>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))</p>				
	<p>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14)</p> <p>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</p> <p>(b) Intereses</p> <p>(c) Recargos 0 y Penalizaciones 0</p> <p>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))</p>				
Depósito	<p>AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO</p> <p>Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros</p> <p>Número de ruta/tránsito</p> <p>Número de su cuenta</p> <p>Cuenta a nombre de:</p> <p>(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)</p>				
	<p>Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.</p> <p>Firma del Contribuyente: <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente</p> <p>Fecha: 07-04-2012</p> <p>Firma del Cónyuge: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Fecha:</p>				
Nombre del Especialista (Letra de Molde): GABBY A ORTIZ HERNANDEZ		Nombre de la Firma o Negocio: GABBY A ORTIZ HERNANDEZ			
Número de Registro: 010480	Número de Identificación Patronal: 660-60-7056	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí): <input checked="" type="radio"/>	Firma del Especialista: Firmada Electrónicamente	Fecha: 07-04-2012	
<p>NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO. Si contestó "SI", exhiba la firma y el número de registro del Especialista.</p> <p>Número confirmación: 0407201209819675071998103</p> <p>Periodo de Conservación: Diez (10) años</p>					

PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)

PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)

Período de Conservación: Diez (10) años

FORMA ÚNICA		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	
Liquidador	Revisor		
R	G	RO	VI
P	Z	N	D
E	A	M	
2015		2015	
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2015, COMENZANDO EL			
1 de enero de 2015 Y TERMINANDO EL 31 de diciembre de 2015			
Nombre del Contribuyente		Número de Seguro Social Contribuyente	
MARIA		00769	
Dirección Postal		Fecha de Nacimiento	
HC 4 Box 6045		Sexo	
Coamo PR		M F	
Código Postal		Número de Seguro Social Cónyuge	
00769			
Nombre e Inicial del Cónyuge		Fecha de Nacimiento del Cónyuge	
Apellido Paterno		Sexo	
Apellido Materno		M F	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		Teléfono Residencia	
HC 4 Box 6045		(787) 320-2858	
Coamo PR		Teléfono del Trabajo	
Correo Electrónico (E-Mail)		CAMBIO DE DIRECCIÓN: SI NO	
mariamateo20@gmail.com		SOLICITÓ PRÓRROGA: SI NO	
FUENTE DE MAYOR INGRESO:			
A. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas			
B. Empleado del Gobierno Federal			
C. Empleado de Empresa Privada			
D. Retirado Pensionado			
E. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria/negocio principal)			
F. Otro			
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:			
A. Casado			
B. Contribuyente individual			
C. Casado con capitulaciones de total separación de bienes			
D. Casado que no viva con su cónyuge			
E. Casado que rinde por separado			
F. CONTRATO DE GOBIERNO: Contribuyente Cónyuge			
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge			
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.			
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)			
A) Acreditar a la contribución estimada 2016			
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan			
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico			
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)			
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 27)			
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado			
(b) Intereses			
(c) Recargos y Penalizaciones			
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))			
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO			
Tipo de cuenta			
Número de ruta/tránsito			
Número de su cuenta			
Cuenta a nombre de:			
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			
Declaro bajo pena perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente		Firma del Cónyuge	
✓ FIRMADA ELECTRONICAMENTE		✓	
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
LUIS TORRES		TORRES ASSOCIATES	
Firma del Especialista		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	
✓ FIRMADA ELECTRONICAMENTE		19571	
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: SI NO. Si contestó "SI", exhiba la firma y el número de registro del Especialista.			
Conf. 04092016100084D0BE1854428 Período de Conservación: Diez (10) años PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)			

Conf. 041720171075A780A21624219

Formulario 482 Rev. 4 dic 17

FORMA ÚNICA												2017		GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2017		Número de Serie			
Liquidador						Revisor															
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL																					
1 de enero de 2017 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2017																					
Nombre del Contribuyente						Inicial		Apellido Paterno				Apellido Materno				Número de Seguro Social Contribuyente					
MARIA						M		MATEO				TORRES									
Dirección Postal																Fecha de Nacimiento					
HC 4 Box 6045																Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F					
Coamo PR																Número de Seguro Social Cónyuge					
																Fecha de Nacimiento del Cónyuge					
																Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F					
Nombre e Inicial del Cónyuge								Apellido Paterno				Apellido Materno				Teléfono Residencia					
																(787) 320-2858					
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)																Teléfono del Trabajo					
HC 4 Box 6045																					
Coamo PR																Cambio de Dirección: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No					
																Solicitó Prorroga: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No					
Correo Electrónico (E-Mail)																Contrato Gobierno: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge					
mariamateo20@gmail.com																					
ENCUESTA DE MAYOR INGRESO:																					
<input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada <input type="radio"/> Retirado/ Pensionado <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) <input type="radio"/> Otro																					
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:																					
<input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Indiv) <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)																					
Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge																					
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.																					
Reintegro																					
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 (01) 142																					
A) Acreditar a la contribución estimada 2018 (02)																					
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03)																					
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04)																					
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 142																					
Pago																					
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06)																					
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07)																					
(b) Intereses (08) 00																					
(c) Recargos y Penalidades (09) 00																					
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10)																					
Depósito																					
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO																					
Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito				Número de su cuenta															
<input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros		0 2 1 5 0 2 0 1 1				0 7 2 1 0 9 6 8 8															
Cuenta a nombre de: MARIA MATEO TORRES y																					
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)																					
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.																					
Firma del Contribuyente										Fecha				Firma del Cónyuge				Fecha			
<input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE										14/04/2018											
Nombre del Especialista (Letra de Molde)										Nombre de la Firma o Negocio											
LUIS A TORRES										TORRES ASSOCIATES											
Firma del Especialista										Fecha				Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)				Número de Registro			
<input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE										14/04/2018								19571			
NOTA AL CONTRIBUYENTE: indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.																					
Conf. 04142018104D828CF21458957																					
Periodo de Conservación: Diez (10) años																					
PRSoR, Inc. (www.prsof)																					

Formulario 422 Rev. 23 oct 18

2018		2018	
GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA			
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL			
01 de ene. de 2018 Y TERMINADO EL 31 de dic. de 2018			
Liquidador R G RO VI V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		Revisor	
Nombre del Contribuyente MARIA		Número de Seguro Social Contribuyente	
Dirección Postal HC 4 Box 6045		Fecha de Nacimiento Día Mes Año	
Coamo PR		Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Código Postal 00769		Número de Seguro Social Cónyuge	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Fecha de Nacimiento del Cónyuge Día Mes Año	
Apellido Paterno MATEO		Sexo del Cónyuge <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Apellido Materno TORRES		Teléfono Residencia (787) 320 - 2858	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) HC 4 Box 6045		Teléfono del Trabajo ()	
Coamo PR		Teléfono del Trabajo	
Código Postal 00769		Teléfono del Trabajo	
Correo Electrónico (E-Mail) torresmateomaria7@gmail.com		CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No	
		SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No	
		CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge	

Cuestionario	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	A. ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones)	I. FUENTE DE MAYOR INGRESO:
	<input checked="" type="radio"/> B	B. ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año?	1. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
		Si contestó "No", indique una de las siguientes:	2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal
		1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día Mes Año)	3. <input type="radio"/> Empleado Empresa Privada
		2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes Año)	4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado
		3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año	5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)
		C. ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad):	6. <input type="radio"/> Otro
		1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$	
		2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$	
		D. <input type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)	
	E. <input type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)		
	F. <input type="radio"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?		
	G. <input type="radio"/> ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año)		
	H. <input type="radio"/> ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017?		
	1. <input type="radio"/> Contribuyente (Núm. decreto)		
	2. <input type="radio"/> Cónyuge (Núm. decreto)		

PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.			
Reintegro	1.	CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29, indique distribución en las líneas A, B, C y D)	01 0.00
		A) Acreditar a la contribución estimada 2019	(01) 0.00
		B) Aportación al Fondo Especial para el Estudio de la Bahía de San Juan	(02) 0.00
		C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico	(03) 0.00
		D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)	(04) 0.00
Pago	2.	TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)	(05) 99.00
	3.	Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla Electrónicamente a través de un Programa Certificado	(06) 0.00
		(b) Ingresos	(07) 0.00
		Recargos 0 y Penalidades 0	(08) 0.00
	4.	BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))	(10) 99.00

Depósito	AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO	
	Tipo de cuenta <input type="radio"/> Cheques <input checked="" type="radio"/> Anejos	Número de ruta/tránsito <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cuenta a nombre (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)	Número de su cuenta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente	Fecha 12/04/2019	Firma del Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente	Fecha
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
Firma del Especialista	Fecha	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	Número de Registro

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ SI ☐ NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Periodo de Conservación: Diez (10) años